



COBERTURA DE LA VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LA ZONA BÁSICA DE BARAÑAIN

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado de enfermería. 2010-2014

Trabajo Fin de Grado

Convocatoria de defensa: 25 de Junio 2014

Autora: ITSASO LEOZ ABAURREA

Director: AURELIO BARRICARTE GURREA

Resumen. El cáncer de cuello de útero o cáncer de cérvix es el segundo tumor más frecuente en las mujeres del mundo después del de mama y el quinto de todos los cánceres. En España, es el sexto más frecuente, constituyendo el 4,8% de los cánceres en la mujer.

Este tipo de cáncer es el resultado final de una infección no resuelta por el virus del papiloma humano (VPH). Hoy en día, el VPH representa una de las infecciones de transmisión sexual más común. El 70-80 % de hombres y mujeres sexualmente activos están o han estado expuestos al VPH.

El cambio en la conducta sexual de las mujeres ha llevado a que las infecciones de transmisión sexual sean ahora más frecuentes que en las generaciones anteriores. Hay un inicio más precoz de las primeras relaciones sexuales y un número más elevado de compañeros sexuales. Estos cambios han hecho aumentar la prevalencia del VPH en los últimos años en las mujeres jóvenes de España.

La combinación de estrategias de prevención primaria (vacunación contra el VPH) y secundaria (cribado) permitiría reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello de útero.

Existen dos vacunas frente al VPH que son Gardasil® y Cervarix®. Al tratarse de dos vacunas nuevas, el éxito de la introducción dependerá de la comprensión apropiada de los riesgos y beneficios de la vacuna para prevenir la infección del VPH. Esto se consigue mediante programas efectivos de educación y formación sobre el VPH.

Palabras clave: virus de papiloma humano(VPH), cáncer de cuello de útero, enfermedad de transmisión sexual, vacuna, prevención, educación para la salud.

Abstract. Cervical cancer is the second most common cancer in women after breast cancer and it is in the number five among all cancers. In Spain, is the sixth more frequent cancer, constituting 4.8% of the cancers in women.

This kind of cancer is the final result of an non solved infection caused by the Human Papilloma Virus (HPV). Nowadays, HPV represents one of the most common sexually transmitted disease. 70-80% of sexually active men and women are or have been exposed to HPV.

Due to changes in the current women's sexual behavior sexually transmitted disease have become more frequent today than in previous generations. There is a premature beginning in sexual relationships between teenagers and a higher number of relations between sexual partners. The present changes have increased the prevalence of HPV in the last years among Spanish women.

Combination of primary preventions (such as, vaccination of HPV) and secondary (screening) strategies would allow to reduce the impact and the mortality of the cervical cancer.

There are two vaccines against HPV, Gardasil® and Cervarix®. As these are new vaccines, successful introduction of the present products will depend on the correct information that patients receive from this disease. Effective educative programmes are needed for prevention and to increase the knowledge about HPV.

Key words: Human Papilloma Virus (HPV), cervical cancer, sexually transmitted disease, vaccine, prevention, health education.

ACRONIMOS

- VPH = virus del papiloma humano
- CCU = cáncer de cuello de útero
- EpS = Educación para la salud
- CIN = neoplasia intraepitelial de Cervix.
- ASCUS = *atypical squamous cell of unknown significance*
- ETS = enfermedad de transmisión sexual
- ACHO = anticoncepción hormonal oral
- OMS = Organización Mundial de la Salud

INDICE:

1- Introducción	Pág. 1-16
1.1 Características del Virus del Papiloma Humano.....	Pág. 1- 8
1.1.1 Genoma viral.....	Pág. 1-6
1.1.2 Patogenia y ciclo viral.....	Pág. 7
1.1.3 Trasmisión.....	Pág. 8
1.1.4 Incidencia y prevalencia.....	Pág. 8
1.2 Prevalencia.....	Pág. 9-16
1.2.1 Prevención primaria de cáncer de cuello de útero (CCU) y de vulva.....	Pág. 9-12
1.2.2 Prevención secundaria de cáncer de cuello de útero (CCU) y de vulva	Pág.13- 15
1.2.3 Prevención terciaria de cáncer de cuello de útero (CCU).....	Pág. 16
2- Hipótesis.....	Pág.17
3- Objetivos.....	Pág.18
3.1 Objetivo principal	
3.2 Objetivos secundarios	
4- Población y métodos.....	Pág. 19-21
5- Resultados de las encuestas.....	Pág. 22-25
6- Plan de mejora.....	Pág. 26-29
6.1 Discusión.....	Pág.26
6.2 Programa de mejora.....	Pág.26-29
7- Conclusiones.....	Pág.30
8- Agradecimientos.....	Pág.31
9- Bibliografía.....	Pág.32-33
10- Anexo.....	Pág. 34-35
10.1 Anexo 1.....	Pág.34
10.2 Anexo 2.....	Pág.35

1 INTRODUCCION

El cáncer de cuello de útero o cáncer de cérvix es el segundo tumor más frecuente en mujeres del mundo después del de mama y el quinto de todos los cánceres. En España, es el sexto más frecuente, constituyendo el 4,8% de los cánceres de la mujer.¹

El cáncer de cuello uterino (CCU), escamoso o glandular, es el resultado final de una infección no resuelta por el virus del papiloma humano (VPH). El VPH es un pequeño virus de ADN de transmisión sexual del que han sido descritos más de 100 tipos, diferenciados básicamente en cutáneos o mucosos, por su tropismo, y de bajo o alto riesgo, por su capacidad de producir lesiones avanzadas precancerosas.²

Hoy en día, el Virus del papiloma humano (VPH) representa una de las infecciones de transmisión sexual más común.³ A escala mundial es el responsable de un 5,2% de todos los tumores humanos. El 70-80% de las mujeres y los hombres sexualmente activos, han estado expuestos al VPH a lo largo de su vida. A nivel mundial se estima la existencia de 310 millones de portadores de VPH, de los cuales 27 millones corresponderían a condilomas acuminados y 68.400 casos de cáncer de vulva, vagina, ano, pene y cavidad orofaríngea.²

1.1 Características del virus del papiloma humano

1.1.1 Genoma viral

Existen alrededor de 100 tipos de Virus del papiloma humano, de los cuales, un 30 ó 40 infectan de forma regular o esporádicamente el tracto genital. En relación a su patogenia oncológica se clasifican como de alto o bajo riesgo. Dentro de los de alto riesgo, destacan los tipos 16 y 18, los cuales se estima que son responsables de un 70% de los casos de cáncer de cuello invasivo. Después, ordenados por frecuencia, les siguen los tipos 31,33 y 45 y 35,51,52,58 y 59.

Entre los tipos de bajo grado, destacan el tipo 6 y 11, que producen un elevado porcentaje de displasias cervicales leves, papilomatosis laríngea y más del 90% de las verrugas genitales o condilomas, pero rara vez se encuentran en lesiones neoplásicas.^{3,4}

		EPIDEMIOLOGICA	
		Alto riesgo	Bajo riesgo
FILOGENÉTICA	Alto riesgo	16, 18, 26, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 82	70
	Bajo riesgo	73	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81, CP6108

Tabla 1: Clasificación de los tipos de VPH según datos obtenidos mediante estudios filogenéticos y epidemiológicos.²

La mayoría de veces las infecciones por VPH ceden en un año, como máximo en dos años. En caso de que persistan, pueden producir, si no se tratan, lesiones precancerosas que a la larga pueden derivar en cáncer de cuello uterino.

El VPH causa tres tipos diferentes de enfermedad:

1. Verrugas genitales o condilomas o congylomata acuminata → son protuberancias pequeñas, salientes y duras que se forman alrededor de la vagina, el ano o en la punta del pene. Estas verrugas no suelen transformarse en cáncer pero puede alertar de la posible presencia de displasia.
2. Displasia → son células anormales que se encuentran en el interior del cuello del útero o matriz o dentro del ano. La displasia no se puede ver ni sentir. La displasia se considera pre-cancerosa, lo cual no quiere decir que el cáncer vaya a desarrollarse en todas las personas que tienen displasia.
3. Cáncer(carcinoma) → las displasias pueden transformarse en cáncer. Los 4 cánceres más comunes causados por el VHP son el cáncer cervical o el de cuello de útero, cáncer anal, cáncer de recto y cáncer de pene.^{4,5}

Patogenia oncológica	Tipos de VPH		Enfermedades asociadas
	Vacuna	No vacuna	
Bajo riesgo	VPH 6 VPH 11 >90% de los condilomas o verrugas	42,43,44,55,61+	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Condilomas acuminados o verrugas genitales ✓ Displasia cervical leve ✓ Papilomatosis laríngea
Alto riesgo	VHP 16 VHP 18 >70% de los cánceres cervicales	31,33,45,26,35,39,51,55+	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verrugas ✓ Displasia y carcinoma cervical ✓ Carcinoma de pene, vulva vagina ano y orofaringe

Tabla 2 : clasificación de los tipos de VPH entre bajo y alto riesgo, las enfermedades asociadas y posibilidad de protección vacunal.³

Los cánceres de cuello de útero vienen precedidos, la mayoría de veces, por una larga fase de contacto con el VPH. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van desde unas atipias celulares a diferentes grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (CIN o NIC) antes de convertirse en cáncer o carcinoma invasor. Las displasias no presentan síntomas ni manifestaciones clínicas que indiquen la presencia de un CIN. Las lesiones producidas pueden observarse tras aplicar ácido acético al 3-5%. Una vez aplicado el ácido acético al 3-5% y lugol, la zona con lesiones toma un color blanquecino que indica lesiones.⁶

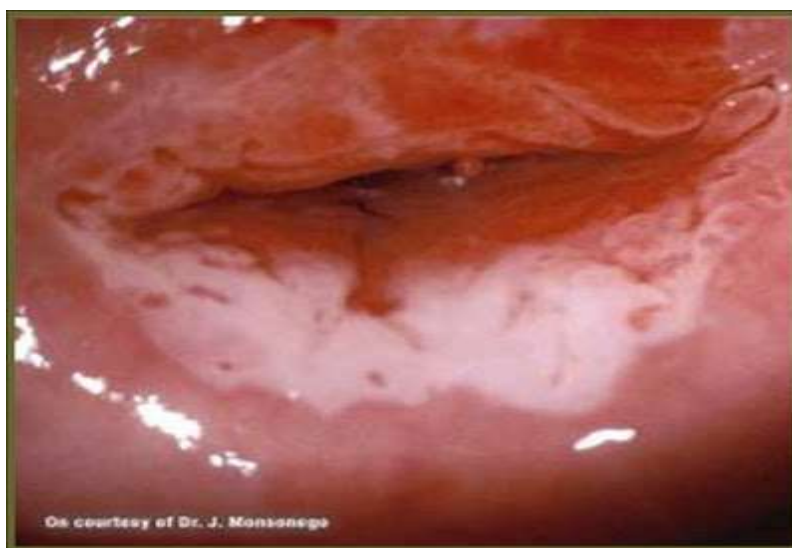


Figura 1: Displasia en el útero tras la aplicación de ácido acético al 3-5% y lugol.⁷

Las lesiones neoplásicas intraepiteliales de cérvix (CIN) se clasifican según su gravedad, ordenándolas de la más leve a la más grave, según **Reagan JW y Cols (Año 1950-69)**:

- a. CIN I o displasia leve → existe buena maduración de las células con mínimas anomalías nucleares. Afecta al tercio interior del epitelio.
- b. CIN II o displasia moderada → presenta anomalías nucleares más marcadas que en CIN I. Afecta a la mitad o a los dos tercios del epitelio.
- c. CIN III o displasia grave → extendida a todo el epitelio. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio.⁶

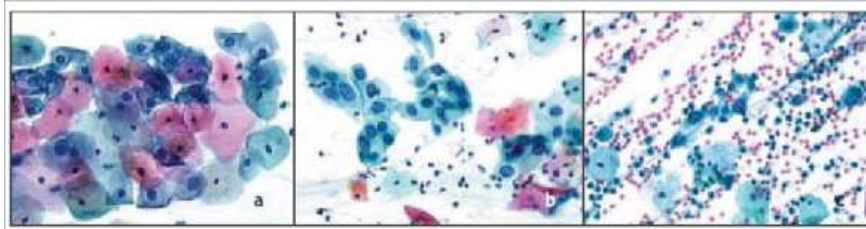


Figura 2: aspecto citológico de a) CIN 1; b) CIN 2 ; c)CIN 3. ⁶



Figura 3: Evolución CIN en el cuello de útero

En el **sistema Bethesda**, se sustituye el termino neoplasia intraepitelial por el de lesión escamosa intraepitelial (SIL). La lesión escamosa intraepitelial (SIL), se divide en dos categorías según su grado de riesgo:

1. LSIL o lesión escamosa intraepitelial de bajo riesgo.
2. HSIL o lesión escamosa intraepitelial de alto riesgo.

Las LSIL corresponden a infecciones víricas, mayormente autolimitadas, que muy pocas veces progresan a carcinoma. Mientras que las HSIL producen cambios premalignos.

Esta última se relacionaría, dentro de la clasificación propuesta por Reagan JW y cols, con CIN 2, CIN 3 y carcinoma in situ.

Dentro del sistema Bethesda está el término ASCUS (*atypical squamous cell of unknown significance* = ASCUS), que se utiliza para clasificar aquellas alteraciones citológicas que no permiten descartar totalmente la presencia de SIL, pero tampoco permiten diagnosticarla, es decir, existen alteraciones celulares que no se sabe si son o no una lesión intraepitelial.⁶

La duración media de la infección de los virus de alto riesgo es de 8 a 12 meses, aunque los tipos 16 y 18 suelen tender a persistir periodos más largos, entre 16 y 24. El 90% de las infecciones por VPH son benignas, subclínicas (que no dan sintomatología) y autolimitadas.⁸

Al tratarse de una enfermedad de transmisión sexual (ETS), los factores de riesgo asociados a la infección por el VPH están relacionados con la conducta sexual de cada individuo. Los factores de riesgo más comúnmente asociados a la adquisición del VPH son :

- ✓ Inicio precoz de las relaciones sexuales
- ✓ Adquisición de un nuevo compañero sexual
- ✓ Intervalo corto entre compañeros sexuales
- ✓ Numero de compañeros sexuales (a mayor numero, mayor riesgo)
- ✓ Compañero sexual masculino de riesgo: antecedentes de sexo con hombres o frecuentación de prostitutas. Existe una potente relación inversa entre la adquisición de la infección y la circuncisión
- ✓ Uso no sistemático de preservativos.
- ✓ Presencia de otras infecciones de transmisión sexual
- ✓ Tipo viral: los tipos de alto riesgo, especialmente el 16, presenta riesgo de transmisión más alto que los de bajo riesgo.²

Se conocen también una serie de factores que han sido identificados como moduladores de esta persistencia y/o progresión del VPH. Se desconoce si dichos factores hacen que el virus persista o si produce daños añadidos a los que produce el VPH. Estos factores son:

- ✓ Tipo de VPH: el tipo 16 presenta un riesgo acumulado de producir CIN 2 o superior, en 10 años, de algo más del 20%; frente al 17% del tipo 18. El resto de los tipos de alto riesgo de VPH, de entre el 1 y 2%.
- ✓ Carga viral: cargas virales bajas se asocian a un menor riesgo de progresión a lesiones preneoplásicas, pero algunas cargas virales muy altas se asocian a CIN, con alto potencial regresivo. La importancia pronóstica de la carga viral no está establecida.
- ✓ Multiinfección: en 11 de cada 4 mujeres infectadas se detecta presencia de más de un tipo viral. No está claro si esta presencia múltiple interfiere en la presencia de un tipo de VPH determinado o en su progresión.
- ✓ Tabaquismo: el riesgo de CCU en mujeres VPH positivas que a la vez son grandes fumadoras aumenta de forma consistente del orden de 2 a 3 veces frente a las mujeres no fumadoras.

- ✓ Anticoncepción Hormonal (ACHO): el riesgo de CCU en mujeres VPH positivas que han utilizado ACHO por periodos extensos aumenta de forma consistente del orden de 2 a 3 veces comparando con las mujeres no usuarias. Se estima que 10 años de uso de ACHO entre los 20 y los 30 años produce un aumento de la incidencia acumulada de CCU a los 50 años de entre el 7,3 y el 8,3% en países menos desarrollados, y del 3,8 al 4,5% en países desarrollados.
- ✓ Infecciones asociadas al tracto genital inferior (TGI): la infección simultanea por *Chlamydia trachomatis* duplica el riesgo de persistencia de los tipos de alto riesgo de VPH de forma independiente a otros factores asociados con el comportamiento sexual, aunque esta asociación no está siempre presente.
- ✓ Multiparidad: en mujeres VPH positivas con antecedentes de 5 embarazos o mas se multiplica por 3 el riesgo de presentar CIN 3 o cáncer invasivo en relación a mujeres con paridad inferior a 5 embarazos.²

Teniendo en cuenta los factores de riesgo que propagan el VPH, un mayor control puede ayudar a disminuir el riesgo de padecerlo. Al tratarse de una ETS el uso estricto y sistemático del preservativo puede reducir el riesgo de contraer el VPH. El utilizar preservativo no garantiza una protección del 100% pero disminuyen las posibilidades de contraer la infección.²

1.1.2 Patogénesis y ciclo viral

El ciclo viral del VPH comienza cuando el virus a través de pequeñas roturas en alguno de los genitales externos o del cuello uterino interno, alcanzan la capa basal y el epitelio. Aquí se unen a las células y estas son infectadas. Para mantener la infección, el virus debe infectar una célula madre epitelial. El ciclo de replicación se divide en dos partes.

En primer lugar, el genoma del virus se replica hasta 100 copias y se mantiene este bajo número de copias durante un tiempo variable que puede ir de semanas a meses. Durante este periodo de tiempo, las células infectadas permanecen infectadas pero son competentes y capaces de replicarse. Las proteínas virales E1 y E2 son proteínas esenciales, que el genoma es capaz de replicar, y son necesarias para la replicación de ADN viral y el ensamblaje de las partículas virales.

A continuación, y en segundo lugar, una vez que las células basales han sido estimuladas hacia el compartimento suprabasal, donde pierden la capacidad de dividirse, ponen en marcha el programa de diferenciación terminal. Los papilomavirus se replican en este compartimento y aprovechan la desintegración de las células epiteliales, la descamación de las células, para liberarse al entorno.^{1,9.}

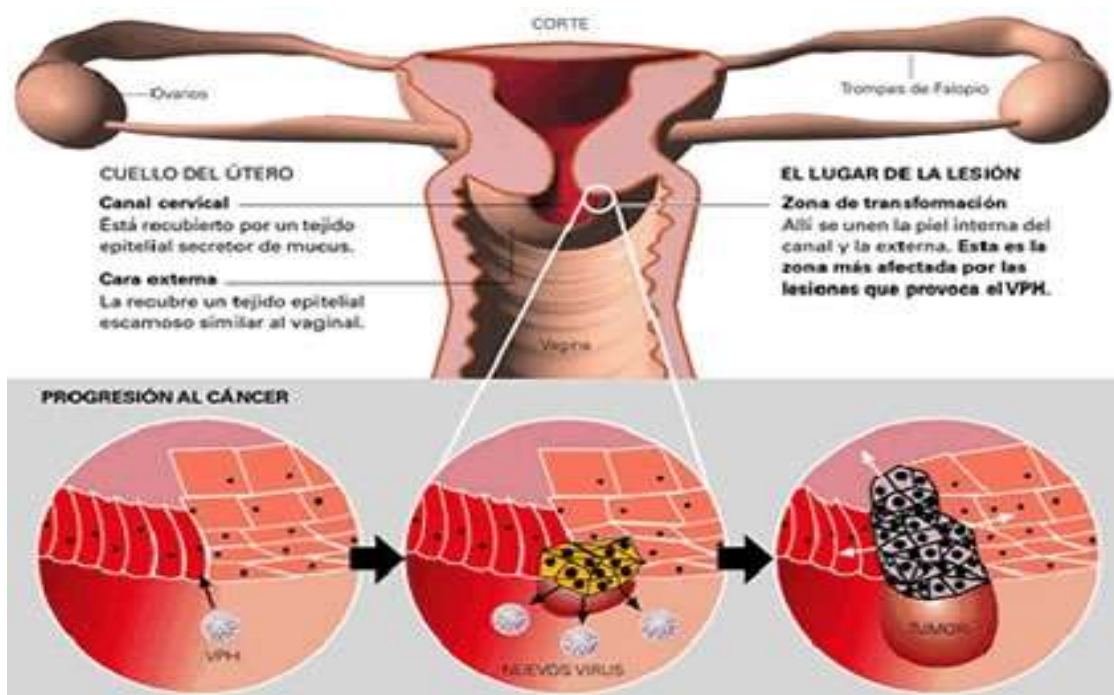


Figura 4: Progresión del VPH en las células del cuello del útero.⁷

1.1.3 Trasmisión

El Virus del Papiloma Humano es una enfermedad de transmisión sexual. Se transmite principalmente mediante el contacto de la piel durante el sexo vaginal, oral y/o anal, y no mediante fluidos corporales o a través de la sangre. La transmisión mediante contacto genital (sin penetración o coito) no es muy común pero puede ocurrir.

Tanto las mujeres como los hombres pueden ser portadores asintomáticos del VPH.¹⁰

1.1.4 Incidencia y prevalencia

La conducta sexual de las mujeres jóvenes españolas ha cambiado respecto a generaciones anteriores, dándose un inicio más precoz de las primeras relaciones sexuales y un número más elevado de compañeros sexuales. El estudio epidemiológico de base poblacional, llamado Cleopatra y llevado a cabo entre junio de 2007 y mayo de 2008 en diferentes comunidades autónomas, indica que los hábitos sexuales de las mujeres españolas han cambiado sustancialmente en los últimos años y se han observado importantes cambios en la conducta sexual de la mujer según su edad. Los datos obtenidos en el estudio, muestran un inicio más temprano en las primeras relaciones sexuales y un mayor número de compañeros sexuales en las mujeres más jóvenes comparado con las mujeres más mayores. La edad media de la primera relación sexual se ha reducido en 5,8% años entre las mujeres de 56-65 años (media de edad de la primera relación sexual de 22,7 años), y las de 18-25 (media de edad de la primera relación sexual de 16,9 años). En porcentaje de mujeres que han referido de 2 a 4 compañeros sexuales a lo largo de su vida se ha visto multiplicado por 3, pasando de un 16,1% en las mujeres de 56-65 años, a un 44,9% en mujeres de 18-25 años. Cuando se evaluó la prevalencia de infección por VPH y el número de compañeros sexuales a lo largo de la vida, se observó un aumento de la prevalencia del VPH a medida que se incrementa el número de parejas sexuales. Mientras que la prevalencia del VPH en mujeres monógamas es del 8,9%, en las mujeres que refieren 10 o más compañeros sexuales es del 44,6%.¹¹

El cambio acentuado en la conducta sexual de la mujer, el inicio más precoz en las relaciones sexuales y un número más elevado de compañeros sexuales, han hecho aumentar la prevalencia del VPH en los últimos años entre las mujeres jóvenes de España.

1.2 Prevención 2

1.2.1 Prevención primaria de cáncer de cuello de útero (CCU) y de vulva:

En España, están aceptadas dos vacunas profilácticas frente al VPH, Gardasil® y Cervarix®. Estas vacunas están compuestas por partículas parecidas a las del VPH. Ambas están aceptadas como vacunas para prevenir el VPH, la única diferencia que hay entre ellas es la composición. Cervarix® es una vacuna bivalente, que hace frente a los tipos 16 y 18, mientras que Gardasil® es una vacuna tetravalente que hace frente a los tipos 6,11,16 y 18.

Ambas vacunas, se utilizan como prevención primaria frente a enfermedades que pueden causar los tipos 16 y 18; y en el caso de Gardasil®, también frente los tipos 6 y 11 y hasta cierto punto el resto de enfermedades que causan los otros tipos. La vacunación no protege totalmente de adquirir la enfermedad por VPH por lo que hay que utilizar las protecciones adecuadas frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Diferentes estudios demuestran que la administración de tres inyecciones intramusculares de la vacuna del VPH en pauta 0,1 y 6 meses (Cervarix®) ó 0,2 y 6 meses (Gardasil®) en mujeres mayores de 14 años, aportan un elevado grado de protección contra las infecciones y lesiones causados por los tipos del VPH incluidos en sus preparados.

Según el criterio de la OMS, ambas vacunas han demostrado generar memoria inmune, que se considera el marcador principal de protección a medio/largo plazo.

Recomendaciones de vacunación frente al virus del papiloma humano:

1. Las niñas de 9 a 14 años tienen máxima prioridad por su máximo potencial preventivo (Evidencia 1ª, consenso interno E):
 - a. En estas edades se presenta una elevada inmunogenicidad (*capacidad de diferentes sustancias para desencadenar una respuesta inmunitaria adaptativa de tipo celular y humoral que a largo plazo constituye la memoria inmunológica*)¹² en este rango de edad, que es mayor que en las edades posteriores.
 - b. No han tenido exposición previa al VPH por lo que se potencia la prevención de la vacuna.
 - c. Hay un alto riesgo de adquisición precoz del virus desde el inicio de las relaciones sexuales, en las que no hace falta que haya penetración.
 - d. Se presenta un mayor riesgo de lesiones pre-cancerígenas cuanto más precoz sea el contacto con el VPH.
 - e. Hay una mayor accesibilidad y mejor cumplimiento de pauta de vacunas en este grupo ya que al estar aún escolarizadas la accesibilidad a este grupo es mayor.

En Navarra en el año 2007 se incluyó la inmunización frente al VPH en el calendario vacunal para niñas nacidas a partir de 1992 como vacunación sistémica.¹³

2. Las mujeres hasta los 25/26 años de edad presentan un alta prioridad por evidencia científica de alto potencial preventivo (Evidencia 1A, consenso interno E):
 - a. Presentan una elevada inmunogenicidad en este rango de edad. Hay una eficacia demostrada.
 - b. Aquellas mujeres que no hayan tenido relaciones sexuales no habrán contactado con el VPH por lo que la potencia la prevención de la vacuna.
 - c. Aunque hayan comenzado las relaciones sexuales puede que no hayan estado en contacto con el virus.
 - d. La mayoría de las que hayan estado expuestas al VPH, no habrán estado en contacto con todos los tipos de VPH frente a los que protege la vacuna.
 - e. En aquellas que son VPH positivas, pueden obtener una alta protección frente a los otros tipos de VPH que están presentes en las vacunas.
 - f. No es preciso realizar determinación del VPH antes de la vacunación.
 - g. Pueden reducir la reinfección o la reactivación de una infección latente por el VPH.
3. Las mujeres de 27 a 45 años. Hay datos objetivos positivos de inmunogenicidad y seguridad con Cervarix® hasta los 45-55 años, y datos de eficacia clínica con Gardasil® hasta los 45 años, que apoyan una indicación individualizada (Evidencia 1B, consenso interno E):
 - a. La gran mayoría de las mujeres sexualmente activas de este grupo pueden beneficiarse de la vacunación.
4. En los varones, datos objetivos positivos de inmunogenicidad y seguridad para ambas vacunas en niños (Evidencia 1 A, consenso interno E), y datos de eficacia clínica con Gardasil® que apoyan una indicación individualizada (Evidencia 1B, Consenso interno OC).
 - a. Gardasil® → aprobada en niños de 9-15 años y datos iniciales de protección frente a verrugas genitales en varones y verrugas genitales y AIN en varones homosexuales hasta 26 años.
 - b. Cervarix® → datos públicos de seguridad e inmunogenicidad en niños de 10-18 años.

A pesar de que la indicación de vacunación frente al VPH en mujeres no cubiertas por el programa de vacunación infantil en Navarra (nacidas con anterioridad a 1991) tiene un elevado grado de evidencia, las coberturas de vacunación alcanzada son muy bajas ya que el éxito en la introducción de cualquier vacuna nueva en la población depende de factores personales de los individuos y del apoyo de la política sanitaria, profesionales de la salud y de la sociedad. Para llevar a cabo ese apoyo, es necesaria una comprensión apropiada de los riesgos y beneficios asociados a esa vacuna. El desarrollo de la vacuna del VPH es relativamente nuevo. Empezó a plantearse seriamente en el año 1993, después de una década y media de investigación intensa que culminó con la evidencia científica del vínculo causal entre el VPH y el desarrollo de CCU⁹. En España en el año 2008, el comité asesor de vacunas (CAV) consideró necesaria la introducción de la vacuna del VPH dentro del calendario vacunal en aquellas niñas que habían nacido después del año 1992 y que tuvieran entre 11 y 16 años. Las mujeres que se quedaron fuera del plano, las mujeres nacidas antes del año 1991, se tenían que financiar ellas mismas las vacunas. La información que reciban estas mujeres no vacunadas, dependerá del conocimiento que tengan los profesionales de salud a los que acudan, de los profesionales de educación, del interés del propio individuo, etc.

	Vacunas frente al VPH administradas			Población	Cobertura en %		
Año nacim.	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis	Mujeres	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis
1981	10	10	9	205	4,9	4,9	4,4
1982	18	17	12	179	10,1	9,5	6,7
1983	21	19	12	202	10,4	9,4	5,9
1984	17	14	15	192	8,9	7,3	7,8
1985	25	23	21	192	13,0	12,0	10,9
1986	28	25	20	173	16,2	14,5	11,6
1987	21	19	16	168	12,5	11,3	9,5
1988	18	17	15	140	12,9	12,1	10,7
1989	24	24	22	160	15,0	15,0	13,8
1990	22	19	15	118	18,6	16,1	12,7
1991	46	45	41	118	39,0	38,1	34,7

Tabla 3: cobertura de las mujeres vacunadas frente al VPH nacidas entre los años 1881-1991, de la zona básica de Barañain.

Al tratarse de una enfermedad de transmisión sexual (ETS)*, dentro de la prevención primaria, habrá que darle una gran importancia a la educación sexual de cada individuo ya que esta puede disminuir y/o aumentar la exposición a riesgos de cada persona. La medida de prevención más segura para evitar ETS es el uso adecuado de preservativo o

medidas de barrera ya que, aunque estas no sean totalmente efectivas, un buen uso de las mismas puede disminuir el riesgo de adquirir ETS.

*ETS → Las ETS son aquellas infecciones que se adquieren a través del contacto o relaciones sexuales con alguien que esté previamente infectado. Las causas de las ETS son las bacterias, los parásitos y los virus.¹⁰

1.2.2 Prevención secundaria del cáncer de cuello de útero (CCU) y cáncer de vulva:

La aplicación de cribados realizados de forma eficaz, ha demostrado ser efectiva en la reducción de la incidencia y mortalidad causadas por el virus del papiloma humano en todo el mundo, aunque ninguno ha logrado erradicar totalmente la enfermedad.

El cribado mediante citología cervical o prueba de Papanicolaou, fue introducido hace 50 años. Desde entonces ha representado uno de los mayores éxitos en la prevención del cáncer. En los países desarrollados, ha permitido reducir entre un 70-80% la incidencia del CCU.

La citología cervical es un método basado en un estudio morfológico de las células exfoliadas precedentes de la mucosa exo y endo-cervical. Las células infectadas por el VPH o con cambios neoplásicos sufren alteraciones importantes detectables por el microscopio. Uno de los objetivos de la citología es el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix y las lesiones previas, cuando todavía no existe un estudio clínico.

Los resultados de las citologías se valoran dependiendo el **sistema Bethesda**, mencionado con anterioridad.

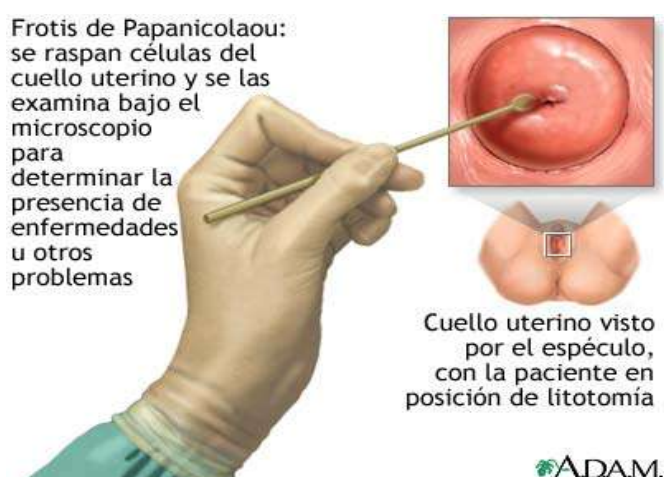


Figura 5: citología cervical o prueba de Papanicolaou.⁷

Otras de los cribados presentes en la detección del VPH, son las pruebas de VPH. Esta prueba verifica la presencia del virus. A esta prueba también se la denomina coprueba. Es la manera temprana de encontrar pre-cánceres y Cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 30 años.

Esta última prueba no está recomendada, entre mujeres de entre 21 a 29 años, ya que en estas edades, la probabilidad de estar infectada por el virus del papiloma humano, es elevada. En los casos en los que la citología ha tenido un resultado anormal, puede utilizarse este cribado.¹⁴

El protocolo de cribado de cáncer de cuello de útero en mujeres **no vacunadas** es el siguiente:

1. Primera citología a los 3 años de comenzar las relaciones sexuales (evidencia 1C, consenso interno E)
2. Durante los próximos dos años citología anual (evidencia 1C, consenso interno E)
3. Después cada tres años hasta los 30 ,si las dos primeras citologías son valorables y negativas (Evidencia 1B, consenso interno E).
 - a. En mujeres VIH positivas o inmunodeprimidas se les realizara de manera anual. (Evidencia 1C, consenso interno E)
 - b. A los 30 años se realizará otra citología y prueba de VPH (Evidencia 1B, consenso interno E).
 - c. Si a los 30 años tanto la citología como la prueba del VPH son negativas pasaran a ser cada 5 años. (evidencia 1 A, consenso interno E)
4. En caso de que la prueba del VPH de positivo y la citología normal:
 - a. Tipado VPH:
 - i. 16/18: colposcopia* (Evidencia 2 A, consenso interno E)
 - ii. Otros tipos de control: control doble test al año (Evidencia 1 B, consenso interno E)
5. En caso de que ambas, citología y prueba VPH, sean positivas (evidencia 1 B, consenso interno E) :
 - a. ASCUS (atipia incierta escamosa) o AGC (atipia incierta escamosa glandular):
 - i. < 21 años: citología al año
 - ii. <21 años: prueba VPH
 1. Negativas:
 - a. ASCUS: citología al año
 - b. AGC: exploración endometrial
 2. Positiva:
 - a. Colposcopia
 - b. Lesión de bajo grado/ASC.H (atipia incierta, no se descarta lesión intraepitelial):
 - i. <21 años: citología al año
 - ii. >21 años: colposcopia
 - iii. + 50 años: prueba de VPH
 - c. Lesión de alto grado/cáncer: colposcopia

El cribado finaliza a los 65 años de edad.(evidencia 1 C, Consenso Interno E).

*La colposcopia es un método útil para el diagnóstico y la evaluación de la neoplasia intraepitelial cervical y el cáncer invasor preclínico. Permite observar, con amplificación, el sitio donde se produce la carcinogénesis del cuello uterino. Asimismo, con ella se pueden obtener biopsias dirigidas y delinear la magnitud de las lesiones del cuello uterino en las mujeres cuya prueba citológica resulta positiva, con lo cual se evita la conización.

También ayuda a dirigir tratamientos de la neoplasia intraepitelial cervical como la crioterapia y la escisión electroquirúrgica con asa.¹⁵



Figura 6: material, zona de realización y resultados normal y alterado de la colposcopia.

Resumiendo, la prevención primaria del cáncer de cervix, incluye la vacunación contra el VPH siendo la que más probabilidad de éxito presenta. La aplicación de cribado, prevención secundaria, realizado de forma eficaz ha demostrado ser efectiva en la reducción de la incidencia y la mortalidad causadas por el virus del papiloma humano en todo el mundo. Por lo que la combinación de estrategias de prevención primaria (vacunación contra el VHP) y secundaria (cribado) permitirá reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello de útero.

1.2.3 Prevención terciaria de cáncer de cuello de útero

Hoy en día no existe ningún tratamiento que erradique el virus. Lo que se trata, son las manifestaciones que produce el VPH como son las verrugas genitales o condilomas y/o las lesiones. El tratamiento es individualizado según el estadio de la lesión. Aunque la mayoría de lesiones producidas por el VPH desaparecen en un máximo de dos años y esporádicamente, en el caso de las verrugas genitales se puede utilizar un tratamiento farmacológico o bien eliminarlo mediante criocirugía, terapia láser, escisión quirúrgica o electrocauterización.

Aunque las técnicas hayan mejorado mucho y haya habido muchos avances, la combinación de estrategias de prevención primaria y prevención secundaria serán las que permitirán reducir la incidencia y la mortalidad del CCU, cáncer que ocupa el segundo lugar en el ranking mundial de cánceres femeninos.

2 HIPOTESIS

La educación para la salud (E.P.S) es un proceso planificado y sistemático de la enseñanza y el aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables y evitar las prácticas de riesgo. El objetivo principal es la búsqueda de conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos en el sentido de la salud positiva. Mediante la educación para la salud se quiere influir positivamente en el bienestar físico y psíquico de la persona orientando los objetivos de prevención de la enfermedad en un primer lugar y de la capacitación y promoción de la salud después.¹⁶

Mediante la educación para la salud se busca que los pacientes obtengan conocimientos sobre la enfermedad, cambien las actitudes y comportamientos que no son adecuados para su enfermedad y mediante este cambio consigan tener un bienestar físico y psíquico.

Las coberturas de vacunación frente al VPH en mujeres nacidas con anterioridad a 1991, son bajas en la población de Barañain a pesar de que la indicación de vacunación tiene un alto grado de evidencia.

Para conocer el motivo de la baja cobertura que presenta la vacuna del VPH en la población de Barañain, realizaré una encuesta (ANEXO 1) para valorar las actitudes y conocimientos que presenta el grupo diana sobre el Cáncer de cuello de útero (CCU) , el virus del papiloma humano (VPH) y la vacuna del VPH. En función de los resultados obtenidos, se realizará una educación para la salud basada en las encuestas ya que esta puede ayudar a mejorar las coberturas de vacunación frente al VPH.

3 OBJETIVOS

▪ **3.1 Objetivo principal:**

- Mejorar la cobertura de la vacunación frente al VPH para prevenir su infección, la aparición de lesiones benignas (verrugas genitales) preneoplásicas y cáncer de cuello de útero (CCU) mediante un programa de educación para la salud en aquellas mujeres no vacunadas del virus del papiloma humano (VPH) nacidas entre los años 1959 y 1991 y acudan al centro de Atención de la mujer (CAM) de Barañain.
 - **Grupo diana:** mujeres no vacunadas del virus del papiloma humano (HPV) nacidas entre 1959 y 1991 que acudan al CAM de Barañain.

▪ **3.2 Objetivos secundarios:**

- Realizar una encuesta para saber el nivel de conocimiento que tienen estas mujeres sobre el VPH, su transmisión y su prevención mediante vacunación.
- Conocer el/los motivo/s principal/es por el cual no se vacunan.
- Informar sobre los riesgos y beneficios de la vacuna del HPV.

4 POBLACIÓN Y MÉTODOS

Población diana: Usuaris del Centro De Atención de la Mujer de Barañain que hubieran nacido entre los años 1959 y 1991, independientemente de si estuvieran embarazadas y/o vacunadas frente al VPH.

Se solicitó la colaboración del Centro De Atención a la Mujer de Barañain (CAM), donde con anterioridad había realizado prácticas, con el fin de poder pasar una encuesta anónima a la población diana sobre el virus del papiloma humano (VPH), su transmisión y su papel como agente causal del CCU.

Para estudiar los conocimientos que presentan sobre el VPH, su transmisión y su papel como agente causal del CCU, se realizaría una encuesta descriptiva con preguntas abiertas y cerradas (Anexo 1). Las encuestas deberían ser realizadas a la población diana mediante el método de captura *PAPI (paper and pencil interview)* (anexo 1), durante tres semanas comprendidas entre el 1 de Abril del 2014 y el 28 de Abril del 2014.

Las encuestas durante estas tres semanas fueron realizadas por la enfermera de 8.30h a 11:30h de la mañana, y de 12h a 14h por la alumna propulsora del trabajo. La captura de paciente se realizaría en la sala de espera del centro a aquellas mujeres que irían a consulta.

Los ítems que se tendrían en cuenta al estudiar las encuestas serían los siguientes:

- Primera pregunta: tendrían que contestar sí o no. En el caso de que contestasen que no, pasarían directamente a la 4 pregunta.
- Segunda pregunta: en el caso de que contestasen que sí, tendrían que contestar Cómo. Las respuestas admitidas como validas serian, ETS, transmisión sexual, relaciones sexuales, contacto sexual. En el caso de que contestasen que sí y después no contestaran a la pregunta ¿cómo? Esa respuesta se contaría como negativa.
- Tercera pregunta: en el caso de que contestaran que sí, tendrían que contestar a la pregunta ¿cómo?. La única respuesta válida admitida sería mediante citología. En el caso de que contestasen que sí y no contestaran a la pregunta ¿cómo? O esta tuviera un respuesta errónea, esa pregunta contaría como negativa.
- Cuarta pregunta en el caso de contestases que no tendrían que poner cual sería el motivo de no estar vacunada del VPH. En el caso de contestar que si tendrían que poner el numero de dosis administradas de la vacuna. En el caso de que solo contestases sí o no, esa pregunta quedaría anulada.
- Quinta pregunta: se contentaría sí o no. En el caso de que se contestara que no, se pasaría a la pregunta nº 7.
- Sexta pregunta: se podría elegir entre una o varias opciones. En el caso que no se contestase a la pregunta, esta quedaría anulada
- Séptima pregunta: se contestaría sí o no

- Las observaciones se tendrían en cuenta siempre que estuvieran escritas con criterio, fuesen respetuosas y productivas.

La realización de la encuesta debería llevarse a cabo antes de la consulta del CAM para evitar los sesgos que se pudieran producir durante la consulta, en función de que en la misma pudieran informar a la paciente aspectos relacionados con el VPH.

Para el trabajo de campo de la cumplimentación de las encuestas se contaría con la colaboración de una enfermera del CAM. Las encuestas se realizarían de forma anónima y voluntaria, anotando las negativas a participar.

Las encuestas se grabarían en una tabla Excell y el análisis se realizaría mediante SPSS Statistics 20.

Los resultados de la encuesta servirían para diseñar un programa de EpS destinado a la población diana con el objetivo de mejorar la cobertura de vacunación frente al VPH y prevenir la infección persistente por dicho virus así como las lesiones preneoplásicas y neoplásicas asociadas a la infección.

En este trabajo han colaborado la enfermera del CAM de Barañain y el jefe del Servicio de Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud.

Los nivel de evidencia científica utilizados en este proyecto serán los siguientes²:

Grado de recomendación	Riesgos/beneficios	Calidad de la evidencia	Implicaciones
1A Fuerte recomendación. Evidencia de alta calidad	Los beneficios claramente superan los riesgos	Evidencia soportada por estudios aleatorizados o ensayos controlados. No se esperan modificaciones con nuevos estudios	Fuerte recomendación. Puede aplicarse en la mayoría de pacientes y circunstancias sin reserva
1B Fuerte recomendación. Evidencia moderada	Los beneficios claramente superan los riesgos	Evidencia soportada por estudios aleatorizados o controlados con limitaciones importantes. Futuros estudios pueden modificar la estimación del beneficio	Fuerte recomendación. Aplicable en la mayoría de pacientes
1C Fuerte recomendación. Evidencia baja	Los beneficios parecen superar los riesgos	Evidencia basada en estudios observacionales, en la experiencia clínica o en estudios aleatorizados con déficits severos. La estimación del beneficio es incierta	Recomendación relativamente fuerte. Puede modificarse cuando haya evidencia de más calidad
2A Débil recomendación. Evidencia alta	Beneficios equilibrados con los riesgos y costes	Evidencia soportada por estudios aleatorizados o ensayos controlados. No se esperan modificaciones con nuevos estudios	Débil recomendación. Otras alternativas pueden ser válidas en función del paciente
2B Débil recomendación. Evidencia moderada	Beneficios equilibrados con los riesgos y costes, con cierta incertidumbre en la estimación de los mismos	Evidencia soportada por estudios aleatorizados o controlados con limitaciones importantes. Futuros estudios pueden modificar la estimación del beneficio	Débil recomendación. Otras alternativas pueden ser de elección
2C Débil recomendación. Evidencia baja	Incertidumbre clara en la estimación del equilibrio entre beneficios y riesgos/costes	Evidencia basada en estudios observacionales, en la experiencia clínica o en estudios aleatorizados con déficits severos. La estimación del beneficio es incierta	Muy débil recomendación. Otras alternativas son igualmente válidas

Reproducido de Grading Recommendations Assessment⁴, con autorización.

Tabla 4: niveles de evidencia usados. Sistema Grade modificado²

Categoría E	Estándar	Cuando todo el grupo de trabajo está de acuerdo en considerar recomendable la intervención que se plantea en el contexto concreto del algoritmo
Categoría OC	Opción de consenso	Cuando la mayoría (90%) del grupo de trabajo considera recomendable la intervención que se plantea en el contexto concreto del algoritmo
Categoría O	Opción	Cuando hay discrepancias mayores sobre si la intervención es recomendable y no se ha llegado a un consenso por parte de la mayoría del grupo de trabajo

Reproducido de Grading Recommendations Assessment⁴, con autorización.

Tabla 5: categorías de consenso interno del grupo de trabajo²

Para realizar este proyecto fueron revisados los artículos publicados en la biblioteca Cochrane, Dynamed, Evidence-Based Medicine Updates, J Clinical Oncology, PubMed y artículos de la Agencia Internacional del Cáncer, de los últimos 7 años en los que se revisaron los siguientes aspectos: Definiciones, epidemiología, etiología: VPH, factores de riesgo, clínica de la infección por el VPH, prevención primaria y secundaria, tratamiento y problemas sociales derivados.

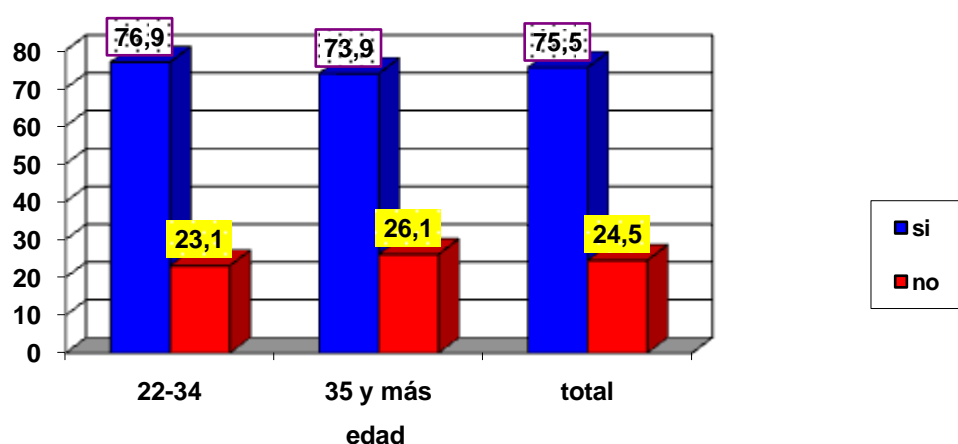
5 RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Se obtuvieron las 50 encuestas previstas y 49 se consideraron válidas. Las mujeres que tomaron parte en las encuestas habían nacido entre los años 1967 y 1991. Los resultados obtenidos de las encuestas fueron los siguientes:

Conocimiento del Virus

El 75 % (37/49) de las mujeres encuestadas saben que es el VPH. Esta proporción es del 77% (20/26) entre las mujeres menores de 35 años y del 74 en las de 35 o más años. No se encuentran diferencias en la distribución por edad en el conocimiento del VPH. ($\chi^2 = 0,06$; $p = 0,538$)

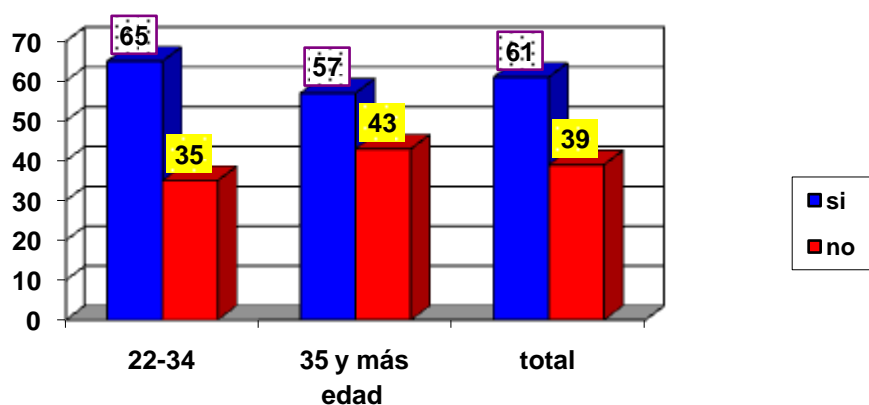
Conocimiento del virus



Conocimiento del mecanismo de transmisión de VPH

El 61 % (30/49) de las mujeres encuestadas afirman saber cómo se transmite el VPH. Esta proporción es del 65% (17/26) entre las mujeres menores de 35 años y del 57% en las de 35 o más años. No se aprecian diferencias significativas en la distribución por edad en el conocimiento de la transmisión del VPH. ($\chi^2 = 0,404$; $p = 0,336$)

Conocimiento de la transmisión del virus

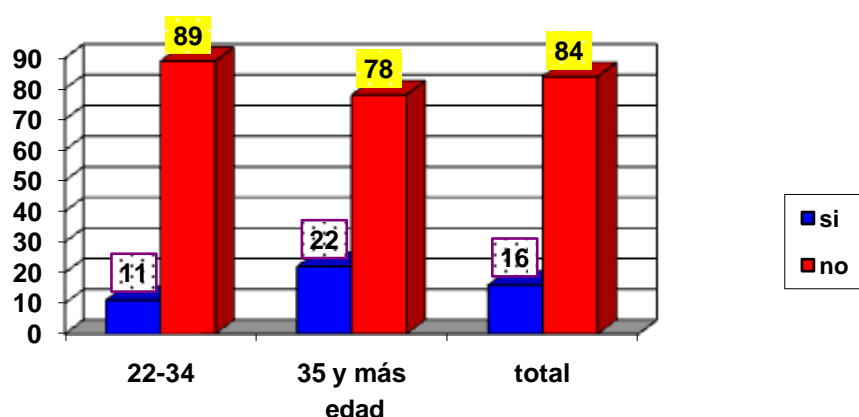


El 87%(29/30) de las mujeres que afirman saber cómo se trasmite, especifican que se trata de una infección de transmisión sexual

Diagnóstico de la infección por VPH

El 84 % (41/49) de las mujeres encuestadas desconoce cómo se diagnostica la infección por el VPH. Esta fracción es del 89% (23/26) entre las mujeres menores de 35 años y del 78% en las de 35 o más años. No se aprecian diferencias significativas en la distribución por edad del conocimiento del diagnóstico de la del VPH. ($\chi^2 = 0,930$; $p = 0,282$).

Diagnóstico de la infección por el VPH

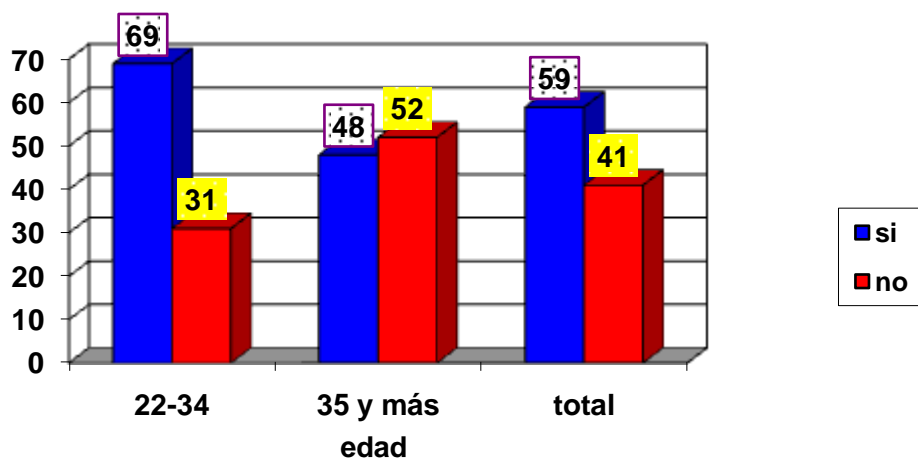


Todas las mujeres que afirman saber cose se diagnostica confirman que es la citología el método diagnóstico

Información de la vacuna frente al VPH

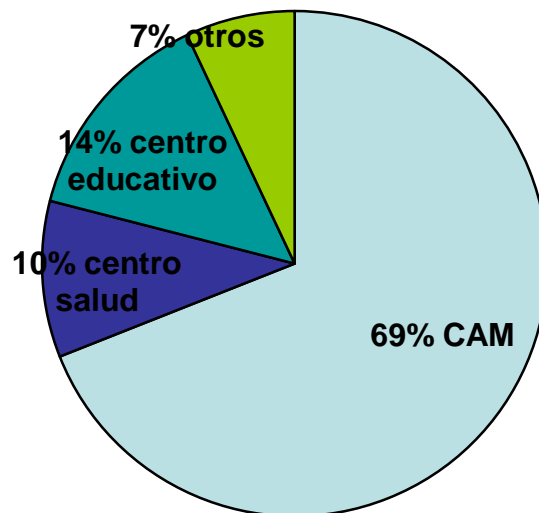
El 59 % (29/49) de las mujeres encuestadas tiene información de la vacuna frente al VPH. Esta proporción es del 69% (18/26) entre las mujeres menores de 35 años y del 48% en las de 35 o más años. Las diferencias en la distribución por edad del conocimiento de la existencia de la vacuna frente al VPH son casi significativas. ($\chi^2 = 2,315$; $p = 0,109$)

Información de la vacuna



Entre las mujeres que tienen información de la vacuna el 69% (20/29) la recibieron en el Centro de Atención a la Mujer, el 14% (4/29) en un centro educativo, el 10% (3/29) en el centro de salud y el resto en otros lugares.

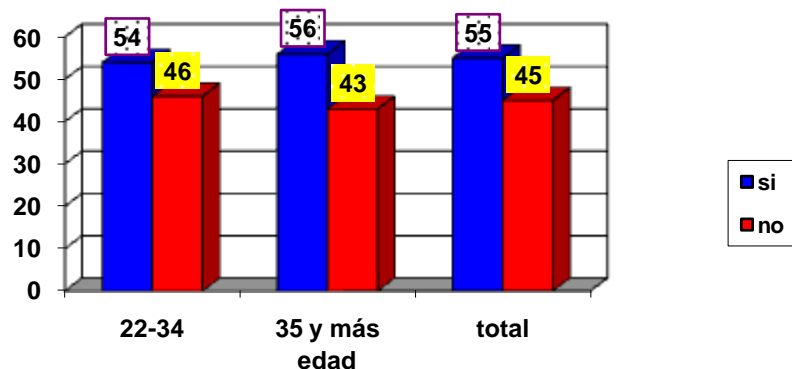
Lugar donde recibió información de la vacuna



Conocimiento de la patología que previene la vacuna frente al VPH

El 45 % (22/49) de las mujeres encuestadas no conoce qué patología evita la vacuna frente al VPH. Esta proporción es del 46% (12/26) entre las mujeres menores de 35 años y del 43% en las de 35 o más años. No existen diferencias en la distribución por edad del conocimiento de la patología que evita la vacuna frente al VPH. ($\chi^2 = 0,035$; $p = 1$)

Conocimiento de que previene la vacuna

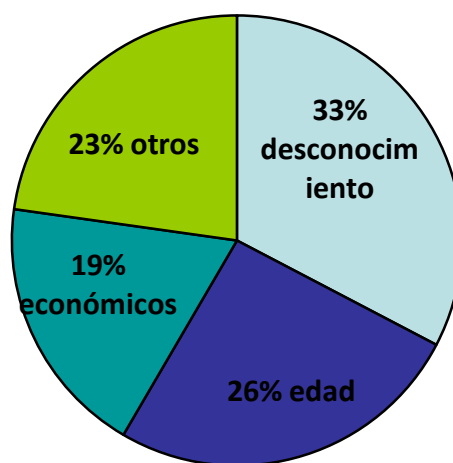


Cobertura vacunal

Solamente el 12 % (6/49) de las mujeres encuestadas estaban vacunadas frente al VPH. No hubo ninguna mujer vacunada mayor de 35 o más años. La cobertura vacunal por edad presenta diferencias estadísticamente significativas mediante test exacto de Fisher. ($p=0,024$)

Un 33% de las no vacunadas (14/43) afirmaron desconocer la existencia de la vacuna. El 26% (14/43) contestaron no estar vacunadas por edad, el 19% (8/43) no estaban vacunadas por motivos económicos y el resto reflejaron otras causas.

Motivo de no vacunación



*Todas las tablas o diagramas son los resultados obtenidos en las encuestas por lo que son de elaboración propia

6 PLAN DE MEJORA/ EDUCACION PARA LA SALUD

6.1 Discusión

Los resultados obtenidos en las encuestas muestran que el 33% de las mujeres que han realizado la encuesta, no se han vacunado por el desconocimiento de la existencia de una vacuna frente al VPH. Aunque el 59% de las mujeres encuestadas admitió haber recibido información de la vacuna del VPH a lo largo de su vida, no parece que esa información haya sido efectiva. El desconocimiento de la vacuna se aprecia a lo largo de todas las mujeres que han realizado la encuesta. El 69% de las mujeres que había recibido información de la vacuna lo había hecho en el Centro de Atención a la Mujer.

El 26% de las mujeres encuestadas no estaban vacunadas debido a la edad. Ninguna mujer mayor de 35 años que había realizado la encuesta estaba vacunada. Según estudios realizados, la vacuna es efectiva hasta los 55 años ², y la ficha técnica de la vacuna no tiene límite de edad para la vacunación.

El 19% de las mujeres no vacunadas, no se habían vacunado por motivos económicos, ya que el precio de cada vacuna oscila entre 121- 155 euros cada dosis y son tres las dosis que hay que administrar para estar correctamente vacunada frente al VPH.

Un dato que llama la atención es que el 75% de las mujeres encuestadas conozca qué es el VPH y que el 84% de ellas, desconozca cual es el método de diagnóstico. Si siguen el protocolo de prevención de Cáncer de Cuello de Útero en el CAM, una vez comenzadas las relaciones sexuales y no estar vacunadas, a los tres años se les realiza la primera citología, método utilizado para diagnosticar anomalías celulares producidas por el VPH, y después durante dos años anualmente. Si estos exámenes han resultado negativos (sin anomalías) hasta los 65 años que finaliza el cribado, las citologías se realizarán a las mujeres con una periodicidad trianual.

Entre los dos grupos en los que se han dividido las encuestadas, mayores de 35 años y menores de 35 años, la única diferencia casi significativa que ha habido a lo largo de todas las preguntas ha sido que las mujeres menores de 35 años, en un 69%, habían recibido información de la vacuna del VPH.

6.2 Programa

Las mujeres nacidas entre los años 1959 y 1991, no incluidas en el programa de vacunación frente al VPH establecido en Navarra para las nacidas con posterioridad al año 1992, desconocen el riesgo de transmisión del VPH y la posibilidad de su prevención mediante vacunación. Mediante un programa de educación para la salud se podría obtener una mejor cobertura de la vacunación frente al VPH para prevenir su infección, las lesiones preneoplásicas y el cáncer de útero en estas mujeres.

Los objetivos específicos de la EPS es que las mujeres del grupo diana:

- Conozcan qué es el VPH y el CCU
- Reconozcan cómo se transmite y cómo se diagnostica.
- Reconozcan los factores de riesgo más comunes asociados a la adquisición del VPH.
- Reconozca la importancia de la prevención primaria y prevención secundaria.
- Informar sobre los riesgos y beneficios de la vacuna del HPV.

El contenido se repartirá en una única sesión de 2 horas. Esta sesión se dividirá en 5 partes:

- Primera parte:
 - Duración de 5 minutos. En este tiempo las mujeres realizarán una encuesta abierta (Anexo 2) para conocer cuáles son los conocimientos que poseen antes del taller.
- Segunda parte:
 - Duración de 55 minutos. En esta segunda parte se hablara de las ETS más comunes que hay hoy en día y sobre la importancia de una buena prevención.
- Tercera parte:
 - Duración de 45 minutos. En ella se responderán las siguientes cuestiones:
 - ¿Qué es el VPH y el CCU?
 - ¿Cómo se transmite?
 - ¿Cómo se diagnostica?
 - ¿Cuál es la prevención primaria y secundaria del CCU?
 - Informar sobre los riesgos y beneficios de la vacuna del VPH.
- Cuarta parte:
 - Duración de 10 minutos y se utilizaran para resolver dudas
- Quinta parte:
 - Duración de 5 minutos. Se volverá a realizar la encuesta realizada al principio (Anexo 2)

La metodología utilizada para impartir las clases será la siguiente:

- El taller se impartirá mediante el método bidireccional. Conforme se da el taller las mujeres podrán resolver sus dudas.
- El taller se realizará en grupos de 15-20 personas en un aula habilitada del CAM de Barañain para talleres.
- El taller contará con una única enfermera con conocimientos sobre el tema.
- El taller se dividirá en 5 partes de diferente duración.
- Se les pasara el mismo cuestionario (Anexo 2) al principio y al final del taller para valorar los conocimientos adquiridos.

El taller tendrá un año de duración. Durante los meses de Julio y Agosto se realizará el temario. El taller comenzará en Septiembre de 2014 y terminará en Agosto de 2015. Los talleres se impartirán el último miércoles de cada mes por la tarde y se impartirá en un aula habilitada del CAM de Barañain. El taller será responsabilidad de la enfermera que realiza el taller. Para ello, tendrá la ayuda del personal sanitario del CAM de Barañain.

El taller se irá realizando dependiendo de la demanda. Para ello, se colocara un cartel informativo del taller en el centro II de Barañain, donde también se encuentra el CAM. Cada comienzo de mes se abrirá una hoja nueva en la que se podrán apuntar las mujeres. En caso de que se llenará ese mes, se abriría la del mes siguiente. En caso de que hubiera una gran demanda se realizarían dos talleres al mes.

Los recursos que se utilizaran en cada taller serán los siguientes:

- Ordenador
- Proyector
- Bolígrafos
- Encuestas
- USB
- Presentación Power Point

	TALLER DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO				
Parte	1º	2º	3º	4º	5º
Metodología	Encuesta: 5 minutos	Información y prevención sobre ETS: 55 minutos	Información, transmisión, diagnóstico, prevención y vacunación del VPH: 45 minutos	Dudas: 10 minutos	Encuesta: 5 minutos
Agentes de salud	Una enfermera especializada en el tema	Una enfermera especializada en el tema	Una enfermera especializada en el tema	Una enfermera especializada en el tema	Una enfermera especializada en el tema
Cronograma	Último miércoles de cada mes	Último miércoles de cada mes	Último miércoles de cada mes	Último miércoles de cada mes	Último miércoles de cada mes
Lugar	Sala habilitada del CAM de Barañain	Sala habilitada del CAM de Barañain	Sala habilitada del CAM de Barañain	Sala habilitada del CAM de Barañain	Sala habilitada del CAM de Barañain
Recursos	- Encuesta - Bolígrafo	- Ordenador - Proyector - USB - Presentación Power Point			- Encuesta - Bolígrafo

7 CONCLUSIONES

Mediante este proyecto se quiere conseguir una cobertura vacunal mayor en el CAM de Barañain para la prevención del Cáncer de cuello de útero. Mejorar la cobertura de vacunación del VPH dependerá de la educación que se dé a aquellas personas que se quedaron fuera del calendario vacunal y no fueron vacunadas.

Los resultados obtenidos en las encuestas muestran que la mayoría de las mujeres no conoce cuál es el método de diagnóstico del VPH y solo 6 personas de las 49 encuestadas están vacunadas frente al VPH cuando la combinación de estrategias de prevención primaria (vacunación contra el VHP) y secundaria (cribado) permitiría reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello de útero. Tener cubierta la prevención primaria y prevención secundaria dependerá de la educación que reciban las pacientes.

Aunque se trate del segundo tumor más frecuente a nivel mundial, los conocimientos que muestra la población de Barañain es baja, y la falta de conocimientos hace que no se prevenga adecuadamente ante la enfermedad. El fomento de realizar talleres informativos sobre el CCU, el VPH y la vacuna del VPH aumentaría los conocimientos de cada individuo y de la población de Barañain, mejorando la cobertura vacunal y el control de los cribados.

Como la educación propuesta para este proyecto está basada en las encuestas realizadas y los resultados obtenidos, la EpS cubrirá las necesidades de las mujeres de la zona básica de Barañain. Así, conforme más información y conocimiento tengas acerca del VPH y sus consecuencias, puede que las mujeres aumenten las medidas para evitar la infección, incluida la vacunación.

8 AGRADECIMIENTOS

Al CAM de Barañain por dejar realizarme las encuestas y ayudarme a ello y a Aurelio Barricarte, jefe del Servicio de Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud, por las importantes aportaciones que realizó en la preparación y redacción final de este trabajo.

9 BIBLIOGRAFÍA:

1. Diestro Tejeda M.D, Serrano Velasco, M, Gómez-Pastrana Nieto,F. Cancer de Cuello Uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología*, 2007; 30(2):42-49. (accedido en 20 de marzo del 2014). Disponible en URL: http://salpub.uv.es/SALPUB/spts/docs/vacuna_VPH.pdf
2. Cortes J, Martínón- Torres F, Ramón y Cajal JM, Gil A, Velasco J, Abizanda M, Miranda P y Garrido R. Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica. Junio 2010. *Revista oficial de la sociedad Española de ginecología y obstetricia*. Extraordinario 1. Vol. 53. ISSN: 0304-5013
3. Virus del papiloma humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización. Febrero 2007 (accedido el 3 de abril del 2013). Disponible en URL: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunacion/es/docs/VPH_2007.pdf
4. Rodríguez Rodríguez M, García Rodríguez F, Ruiz Aragón, Jesús. Virus del papiloma humano situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización. Andalucía Mayo 2008. (accedido el 4 de Abril del 2013). Disponible en URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_3_prevenccion/vacunas/virus_papiloma.pdf
5. Virus Papiloma Humano (Verrugas genitales, displasia y cáncer genital; displasia y cáncer anal) – AIDSmeds.(Accedido el 9 de Abril del 2014). Disponible en URL: http://www.aidsmeds.com/articles/VPH_6803.shtml
6. World Health Organization.(2014) "Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical(NIC)".(Accedido el 3 de Abril del 2014). Disponible en URL: <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=3&chap=2>
7. Navegador de imágenes de Google. Disponible en URL: <http://www.google.com/imghp?hl=es>
8. Boix Martínez R, Navarro Alonso JA, et al.Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Gobierno de España. Enero, 2013. (Accedido el 25 de marzo de 2014). Disponible en URL: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunacion/es/docs/PapilomaVPH.pdf>
9. Bosch FX. Vacunas VPH y cribado en la prevención de cáncer de cuello uterino.31 de Agosto de 2006. *Revista oficial de la Sociedad Internacional de Vacunas*. Volumen 24, suplemento 3. ISSN 0264-410X. capítulos 11,12 y 13.
10. Sociedad vasca de Ginecología y obstetricia. (2014). "Información para pacientes con VPH o citología alterada". (Accedido el 5 de mayo del 2014). Disponible en URL: <http://www.svg.es>
11. Bosch F.X, Castellsagué X, Cortés J, Puig-Tintoré L.M, Roura E, De Sanjosé S, Torné A. *Estudia Afrodita: cribado del cáncer de cuello uterino en España y factores relacionados*.2009. ISBN: 978-84-691-8490-5.

12. Valor L, De la torre, I. Comprender el concepto de inmunogenicidad. Reumatología Clínica. Enero 2013. Vol.9(1):1-4. ISSN1699258X. (Accedido el 14 de mayo de 2014) Disponible en URL: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/comprender-el-concepto-inmunogenicidad/articulo/90185367/>
13. Boletín oficial de navarra. "Orden foral 97/2007, de 3 de agosto, de la consejera de salud, por la que se modifica el Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra"(Accedido el 5 de Junio 2014). Disponible en URL: [http://www.navarra.es/home es/Actualidad/BON/Boletines/2007/111/Anuncio-1/](http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2007/111/Anuncio-1/)
14. American cancer society. "Virus del papiloma humano(VPH), cancer y la vacuna contra el VPH".(Accedido el 15 de mayo del 2014). Disponible en URL: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/queesloquecausaelcancer/infeccionesycancer/fragmentado/virus-del-papiloma-humano-vph-cancer-y-la-vacuna-contra-el-vph-preguntas-frecuentes-h-p-v-testing>
15. Sellors W. J, Sankaranarayanan, R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes. Centro internacional de investigaciones sobre el Cancer. Lyon, Francia. 2013. (Accedido el 15 de mayo 2014). Disponible en URL: <http://screening.iarc.fr/doc/colposmanual.pdf>
16. Instituto de adicciones de Madrid Salud. Programa de educación para la salud. Modulo 1. Salud-enfermedad. Madrid, noviembre 2006. (Accedido el 15 de mayo 2014). Disponible en URL: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/mod1.pdf>

10 ANEXOS

10.1 Anexo 1

ENCUESTA SOBRE VACUNA DEL HPV (elaboración propia)

Fecha nacimiento:

1. Sabe qué es el Virus de Papiloma Humano (HPV)			
No (pase a la pregunta nº 4)		Si	
2. ¿Sabe cómo se trasmite?			
No		Si	¿Cómo?
3. ¿Sabe cómo se diagnostica?			
No		Si	¿Cómo?
4. Está vacunada del Virus del Papiloma Humano (HPV)			
No	¿Cuál es el motivo?	Si	Nº de dosis administradas: ▪ 1 ▪ 2 ▪ 3 ▪ Más de 3
	▪ Decisión personal		
	▪ Económico		
	▪ Edad		
	▪ Monógama		
	▪ Falta de conocimientos		
	▪ Otros:		
5. ¿Ha recibido información acerca de la vacuna del papiloma humano (HPV)?			
No (pase a la pregunta nº 7)		Si	
6. Si la anterior respuesta ha sido afirmativa, ¿Dónde ha recibido información sobre la vacuna del virus del Papiloma Humano (HPV)?			
▪ Centro de atención a la mujer			
▪ Centro escolar/universidad			
▪ Centro de salud			
▪ Medios (televisión, radio, periódicos, internet...)			
▪ Otros: (indíquelo)			
7. ¿Sabe que previene la vacuna del HPV?			
No		Si	
¿Cree que debería darse más información sobre la vacuna del HPV?			

Observaciones:

10.2 Anexo 2

ENCUESTA TALLER (elaboración propia)

Fecha de nacimiento:

1. ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoce?

2. ¿Sabe qué es el Virus del Papiloma Humano(VPH)?

3. ¿Sabe cómo se transmite?

4. ¿Sabe cómo se diagnostica?

5. ¿Ha oído hablar sobre la vacuna del VPH?

6. ¿Sabe de que previene la vacuna del VPH?